

Le processus d'intégration des réfugiés, facteur explicatif majeur dans l'intervention

The Integration Process of Refugees, a Major Explanatory Factor During Intervention

André Jacob

Volume 18, numéro 1, printemps 1993

Communautés culturelles et santé mentale II

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032255ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032255ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Jacob, A. (1993). Le processus d'intégration des réfugiés, facteur explicatif majeur dans l'intervention. *Santé mentale au Québec*, 18(1), 193–209. <https://doi.org/10.7202/032255ar>

Résumé de l'article

À la lumière de la littérature scientifique des dix dernières années, il apparaît que dans leurs rapports avec les gens de minorités d'autres cultures, les professionnels de la santé et des services sociaux doivent dépasser l'approche purement interpersonnelle des problèmes et se mettre à l'écoute de conceptions différentes de la vie et de la société, et ajuster leurs modèles d'intervention aux conditions d'intégration des immigrants. La situation propre aux réfugiés commande une approche particulière fondée sur la connaissance de leurs conditions pré-migratoires, et sur de nouveaux rapports plus étroits des institutions d'accueil avec ces familles.



Le processus d'intégration des réfugiés, facteur explicatif majeur dans l'intervention

André Jacob*

À la lumière de la littérature scientifique des dix dernières années, il apparaît que dans leurs rapports avec les gens de minorités d'autres cultures, les professionnels de la santé et des services sociaux doivent dépasser l'approche purement interpersonnelle des problèmes et se mettre à l'écoute de conceptions différentes de la vie et de la société, et ajuster leurs modèles d'intervention aux conditions d'intégration des immigrants. La situation propre aux réfugiés commande une approche particulière fondée sur la connaissance de leurs conditions pré-migratoires, et sur de nouveaux rapports plus étroits des institutions d'accueil avec ces familles.

Depuis une dizaine d'années, on questionne beaucoup les services sociaux et de santé quant à leur capacité de s'adapter à la réalité pluriethnique au Québec, tout particulièrement à Montréal. D'autres services, par exemple les services policiers et les institutions du réseau de l'éducation sont aussi sur la sellette. Pourquoi? Tout simplement parce que les services publics sont davantage en contact direct avec la population et doivent traiter de questions qui touchent les relations humaines et toutes les dimensions sociales, psychologiques, économiques et idéologiques de l'humain. Ces aspects sont moins présents dans les services dont l'objet d'intervention est matériel — la voirie, par exemple.

Comment les services de santé et les services sociaux s'adaptent-ils à la nouvelle conjoncture? S'agit-il d'adapter la «clientèle» aux services ou les services à la clientèle? Question simpliste: Est-ce que la formation «adaptée» du personnel suffit à tout régler? Faut-il changer les programmes et les modèles d'intervention? Comment se vit le virage vers l'adoption de programmes d'accès à l'égalité? Voilà autant de questions soumises à la réflexion du chercheur, du gestionnaire et de l'intervenant.

* L'auteur est directeur du Département de travail social à l'Université du Québec à Montréal.

À mon sens, l'intégration à la société québécoise constitue l'enjeu majeur de l'adaptation des services. Enjeu ou hypothèse, stratégie ou objectif, l'intégration à une nouvelle société est souvent la pierre d'achoppement sur laquelle butent les immigrants et les réfugiés. Les services sociaux et de santé jouent un rôle-clé dans le processus d'insertion sociale. Comment? Pourquoi? Je tenterai de répondre à ces questions.

Aspect méthodologique

Mon analyse et ma synthèse se fondent sur une recension d'écrits couvrant une période de 10 ans et réalisée au cours de l'année 91-92. Plus de 700 titres d'ouvrages en psychologie, en sociologie, en anthropologie et en travail social ont été repérés, codifiés et analysés sous divers angles. Inutile de dire qu'une telle masse d'information représente une richesse incroyable pour mieux comprendre la problématique de l'intervention professionnelle dans des services adaptés à un milieu pluriethnique.

L'approche conceptuelle et les enjeux théoriques

L'immigration étant un phénomène important au Canada, les professionnels de la santé ne peuvent ignorer les incidences de la diversité pluriethnique sur les orientations et la nature même des services de santé et des programmes de prévention. Cette diversité génère de nouveaux types de rapports entre des groupes qui sont minoritaires et les membres de la société majoritaire; il s'agit là d'une réalité très importante souvent ignorée dans la littérature sur les relations interethniques. Les rapports entre majoritaires et minoritaires réfèrent à des rapports de pouvoir sans que ce soit nécessairement des rapports d'oppression ou de domination. Dans une perspective d'égalité de droit, chaque individu appartenant à la majorité ou à une minorité cherche à obtenir la reconnaissance de son identité et de ses appartenances historiques, au plan ethnique et linguistique. La gestion des différences est plus politique que culturelle. Dans certaines situations, les membres des groupes ethnoculturels peuvent être majoritaires dans leur milieu, mais restent minoritaires par rapport à la société d'accueil, ce qui doit être pris en compte par tous les intervenants dans les services de santé et les services sociaux (Barr, 1980, 180).

De façon générale, dans les services de santé canadiens et dans ceux des pays occidentaux, l'élaboration des politiques, des pro-

grammes et des modèles d'intervention auprès des individus et des communautés repose d'abord sur une approche par problèmes et sur la nature de la relation entre un «soignant et un soigné», un «assistant et un assisté», l'un étant de culture occidentale et l'autre pas (Gailly, 1991, 97). Dans la plupart des cas, les professionnels travaillent surtout sur la relation interpersonnelle et sur les problèmes qu'elle suscite entre deux interlocuteurs, sans considérer les autres dimensions. «Faute de comprendre la demande de leurs clients migrants, et de pouvoir utiliser vis-à-vis d'eux les techniques occidentales, ils se trouvent réduits à l'impuissance» (Gailly, 1991, 97). Ce constat indique que l'intervention ne se développe jamais dans le vide culturel; elle est dynamique, culturellement déterminée par des acquis différents, par des cadres de référence différents. Chez Gailly par exemple, «l'étude des ethnothérapies» se veut une tentative d'élucidation des «mécanismes fondamentaux du processus d'assistance par le biais de l'analyse des formes qu'il revêt dans d'autres sociétés que la nôtre» (1991, 98).

Les chercheurs dans le domaine des relations interethniques voient facilement les limites d'une telle approche. Pour cette raison, plusieurs efforts viennent enrichir l'analyse des relations à caractère pluriethnique. Dans une série de six articles sur le multiculturalisme, la médecine et la santé, le docteur Masi, président du Conseil canadien sur la santé multiculturelle, met en relief l'ensemble des dimensions à utiliser dans une véritable approche multiculturelle en axant son analyse sur les convergences. Son hypothèse est qu'on peut trouver plus de similitudes entre les croyances et les pratiques en santé chez des personnes d'origines ethniques différentes mais de même niveau socioéconomique que chez celles de même origine mais appartenant à des classes sociales très différentes (Masi, 1988, 2174). C'est donc dire l'importance des facteurs structurels et culturels conjugués dans la compréhension de la santé dans, avec et pour les groupes ethnoculturels.

Le cadre de référence de chaque individu: premier enjeu

Chez plusieurs auteurs (Lee Grove et Torbiørn, 1985; Masi, 1988; Bertot et Jacob, 1991), on note l'importance accordée au cadre de référence culturel, social et politique de la personne immigrée pour bien comprendre la situation de la santé. Lee Grove et Torbiørn estiment que les immigrants et les réfugiés agissent à la lumière d'un cadre de référence précis dont ils font l'apprentissage par étape dans leur vie. L'agir de la personne tend à se rendre conforme à sa

perception ou à la représentation mentale qu'elle se fait du bon fonctionnement d'un individu dans la société (Lee Grove et Torbiørn, 1985, 206-207). En d'autres termes, l'étude de l'intervention psychosociale dans les rapports interethniques doit considérer les mécanismes de défense qui apparaissent lorsqu'une personne est transposée, de façon abrupte, dans un univers inconnu durant une période de temps assez prolongée, ce qui est le cas quand un individu s'installe dans un pays nouveau. Un des mécanismes les plus courants consiste à idéaliser le passé et à interpréter le présent et les difficultés d'intégration à la lumière du passé, parfois à les rejeter ou à les amplifier en considérant que les valeurs véhiculées dans la société d'accueil ne peuvent atteindre le même niveau qualitatif que celles du passé et en évaluant négativement l'agir des individus appartenant à la majorité.

Cette approche rejoint ce que nous avons développé dans une étude sur les réfugiés. À partir d'une analyse des témoignages d'un groupe de réfugiés d'origine salvadorienne et d'un groupe d'origine iranienne, nous avons observé que le cadre de référence des individus (le vécu dans le contexte pré-migratoire) est une dimension fondamentale dans la compréhension de la situation vécue, par cette catégorie de déracinés que sont les réfugiés (Bertot et Jacob, 1991).

Chez Lee Grove et Torbiørn, le cadre de référence de la personne est important; ils construisent leur étude autour de trois chevilles qui servent à analyser le processus d'intégration de la personne: 1) l'applicabilité du comportement à partir du cadre de référence; 2) la clarté du cadre mental de référence; 3) le niveau d'adéquation entre le comportement et la réalité (1985, 208). En d'autres termes, pour ces auteurs, le comportement au cœur du processus d'intégration traduit la nature et la qualité de l'intégration. Ils estiment que l'on peut évaluer le degré d'intégration sociale et culturelle à l'aune du comportement et que les individus eux-mêmes font leur évaluation subjective de leur propre intégration à la lumière de leur agir au quotidien. De quoi ce fameux cadre de référence est-il fait? Selon Lee Grove et Torbiørn, le cadre de référence repose sur les valeurs, les attitudes, les opinions, les idées et les connaissances que la personne accumule tout au long de sa vie et qui forment le résultat de ses expériences. Ces acquis indiquent à l'individu ce qu'il doit faire ou ne pas faire pour agir dans le monde qui l'entoure. Lorsqu'il agit, l'individu touche l'environnement, lequel réagit à ce comportement. Ainsi, il y a un jeu constant d'action-réaction, d'interaction.

Le processus d'intégration

Dans son processus d'intégration ou d'apprentissage de nouveaux comportements dans un nouvel environnement, l'individu, selon Lee Grove et Torbiörn, passerait par quatre étapes différentes (1985, 214):

- 1) applicabilité *moins* qu'adéquate, clarté *plus* qu'adéquate.
- 2) applicabilité *moins* qu'adéquate, clarté *moins* qu'adéquate.
- 3) applicabilité *plus* qu'adéquate, clarté *moins* qu'adéquate.
- 4) applicabilité *plus* qu'adéquate, clarté *plus* qu'adéquate.

Ce schéma théorique de l'intégration semble un peu mécanique mais il a l'avantage de bien faire voir l'intégration comme processus, comme mouvement dans le temps. Il faut sortir de l'analyse de la dynamique des inter-relations et valoriser une variable fondamentale, la *durée du séjour* dans le pays d'accueil, pour bien saisir la complexité du processus d'intégration.

La première étape coïncide avec la période «touristique». Le comportement de l'individu ne correspond pas toujours aux normes du pays d'accueil mais il vit l'euphorie de la découverte et tout semble clair et motivant parce que le cadre de référence dans le contexte pré-migratoire reste bien vivant. Les contacts avec les gens de la société d'accueil restent superficiels et plutôt rares et formels (relations commerciales, relations avec les services publics, etc.).

La deuxième étape se révèle la plus cruciale parce qu'elle correspond au choc de la réalité, au choc dit culturel tel que le qualifient Cohen-Emérique (1984) et Roy (1991a), choc qui constituerait l'essentiel de cette étape. L'individu vit souvent une profonde anxiété au plan mental et physiologique en raison d'une sur-stimulation et des efforts supplémentaires qu'il doit fournir pour faire face à tous les stimuli différents et incompréhensibles de son nouvel environnement; les effets dérangeants de la faible applicabilité du comportement dans le nouveau contexte font en sorte que l'individu ne retrouve plus sa confiance dans le cadre mental de référence d'origine. Cette période de confusion entre le cadre original et l'actuel met les faiblesses de l'individu à découvert. Tout semble devenir contradictoire et les dérèglements au plan physiologique et psychologique sont alors plus fréquents et plus difficiles à gérer. Des symptômes particuliers peuvent apparaître: anxiété, état dépressif, sur-consommation d'alcool, agressivité, problèmes digestifs, etc. Les intervenants doivent donc prendre conscience de l'importance de cette étape et ne pas la considérer comme irrémédiable ni poser des diagnostics trop sévères, car

chaque individu la traverse de façon particulière; l'analyse de la situation doit alors s'appuyer sur une analyse étiologique précise afin d'éviter de tomber dans le piège de la négation des effets du processus migratoire et du choc culturel. En fait, il s'agit souvent d'une étape et la majorité des individus la traversent sans séquelles permanentes.

Au cours de la troisième étape, l'individu en arrive à voir les effets de ses apprentissages sur son comportement; son comportement devient plus adéquat dans son nouveau contexte et son cadre de référence original semble de moins en moins clair. Finalement, lorsque l'individu en arrive à intégrer l'essentiel de son nouveau cadre, son comportement est plus adéquat, plus applicable et il se sent plus intégré, plus à l'aise dans son nouveau contexte social. Dans une étude sur le processus d'intégration de huit groupes de réfugiés, j'ai observé qu'une proportion significative d'individus n'atteignent jamais ce stage de l'intégration. Plusieurs facteurs peuvent bloquer l'émergence d'une participation dynamique à la société d'accueil, notamment des difficultés personnelles (manque d'habileté à apprendre une langue seconde, timidité dans les rapports avec les gens de la majorité, renfermement sur soi, sa famille, sa communauté en une sorte d'auto-marginalisation, convictions religieuses conservatrices qui gênent l'ouverture à d'autres valeurs, etc.) ou des situations objectives (difficultés à trouver un emploi, racisme et discrimination, appartenance de classe, etc.). L'investisseur qui arrive au Canada n'a pas le même rapport au pouvoir et au contexte socio-économique de la majorité que la femme réfugiée qui arrive avec sa seule expérience de travailleuse domestique.

Ces étapes, soumises au jugement des individus, soignant et soigné, ne sont pas statiques. Elles résultent de l'expérience idiosyncratique de chaque individu inscrit dans un contexte ethnoculturel donné et dans un processus interactionnel dynamique. Dans le brassage des cultures, des expériences et des valeurs, les individus modifient de façon radicale ou partielle leurs perceptions, leur approche de la santé et de la maladie. De façon générale, le rythme d'acquisition des éléments d'une autre culture et de nouveaux apprentissages comportementaux varie selon les personnes. Le processus est sensiblement toujours le même: au début, l'individu se tourne d'abord vers les perceptions antérieures, peu à peu s'installe en une profonde confusion entre l'ancien cadre de référence et le nouveau, jusqu'à ce qu'une clarification s'opère et qu'émerge un nouveau cadre qui provoque des changements majeurs. Le nouveau cadre de référence diffère habituellement de l'ancien de façon significative. L'amalgame du passé et du présent constitue donc le nouveau cadre que l'individu

intègre en tout ou en partie. Avant d'en arriver là, il faut donc considérer une dimension importante dans les pratiques en milieu pluriethnique, la durée du séjour ou la *période de vie* dans le nouveau contexte. La différence de perception entre un individu qui vient à peine d'arriver et celui qui réside dans le pays depuis quelques années peut s'avérer très significative même s'ils sont de même origine, car l'un a eu le temps de questionner son cadre de référence et l'autre, beaucoup moins.

La notion de santé: un enjeu fondamental

La pierre d'assise de la pratique en milieu pluriethnique repose sur la conception de la santé, organisée à la lumière de croyances, de valeurs, d'idées et de connaissances acquises dans un contexte ethnoculturel spécifique. Le développement de programmes de santé, tant au niveau curatif que préventif, ne peut échapper à une analyse de la confrontation entre diverses conceptions de la santé et de la maladie. Le Comité de la santé mentale du Québec rappelle avec justesse que les grandes communautés ethnoculturelles, spécialement si elles comptent sur une grande cohésion interne, peuvent protéger leurs conceptions diverses pendant longtemps:

- Une conception spéciale de la vie et de la mort;
- Un lien spécifique au corps, à l'univers vivant et au monde inanimé (en terminologie occidentale);
- Un rapport particulier individu-famille-réseau-société;
- Des coutumes diététiques et hygiéniques propres;
- Un système de références axiologiques précises (valeurs, logiques, éthiques, esthétiques) (Bibeau et al., 1992, 14).

Dans les groupes ethnoculturels, médecins, psychiatres, psychologues, travailleuses sociales et autres professionnels de la santé doivent, s'ils veulent être bien acceptés et bien comprendre d'autres réalités, se mettre à l'écoute d'autres conceptions, tenter de les comprendre et en analyser l'impact avec leurs patients.

L'intervenant et le soignant doivent non seulement tenir compte de leurs conceptions et surtout de celles des personnes avec qui ils travaillent mais se remettre constamment en question dans une perspective de recherche d'adéquation entre deux dynamiques culturelles. «Nos concepts et représentations concernant l'assistance elle-même et concernant la santé, le mal qui motive la consultation et la thérapeutique à lui appliquer sont eux aussi culturels, et dès lors mis en question par l'approche des clients non occidentaux.» (Gailly, 1991, 100).

La santé et la maladie réfèrent à des notions fondamentales dans les diverses cultures. Masi estime que des ressemblances existent entre le bien et le mal, l'âme et le corps chez les Occidentaux, le Yin et le Yang chez les Chinois, le chaud et le froid chez les Latins (1988, 2430-2431).

Ces grandes conceptions fondamentales ne sont pas que des points de référence théorique, elles marquent profondément les comportements et les attitudes dans de multiples situations, dont les plus signifiantes comme la vie et la mort; le bien est plus proche de la vie que le mal, le yang relié à la vie et le yin à la mort, le chaud à la vie, le froid à la mort. L'importance pour les intervenants et intervenantes de reconnaître les difficultés dans l'interprétation de diverses situations n'est plus à démontrer. Cette considération peut permettre de bien reconnaître, par exemple, la difficulté pour certaines personnes d'accepter les recommandations de leur médecin si elles se situent en contradiction avec leurs croyances ou leurs valeurs. En ce sens, pour en arriver à un équilibre, il est important de travailler aussi avec des approches traditionnelles et bien en analyser les bénéfices et les dangers.

Au-delà des concepts fondamentaux qui influencent la perception de la santé et de la maladie, plusieurs dimensions importantes jouent un rôle majeur dans la relation à la santé, notamment la langue, la religion, la famille, le rapport à la communauté et les normes sociales. Toutes ces dimensions fournissent les balises qui permettent de comprendre comment l'individu définit la santé, la maladie, la vie et la mort. Par exemple, le stoïcisme et l'acceptation sont des vertus dans certaines cultures asiatiques alors que la peur et le rejet de la maladie font partie intégrante de la culture occidentale moderne. Dans l'analyse des politiques de santé, on doit tenir compte de dimensions aussi fondamentales.

Politiques, programmes et services

Dans un article récent sur l'analyse d'une expérience de collaboration entre l'école de médecine de l'Université de Miami et un organisme communautaire (Jackson Memorial Community Mental Health Center [CMHC] sur le traitement et la prévention des maladies mentales, Lefley et Bestman (1991) soulèvent une série de questions très importantes pour la réflexion sur les politiques et les programmes d'intervention en milieu pluriethnique: 1) le fait de former des cliniciens bien entraînés au plan culturel ou bien «pairés culturellement» (culturally-matched) dans le cadre de services traditionnels suffit-il à

rendre les services sensibles aux dimensions interculturelles? 2) Avons-nous besoin de reconceptualiser l'objet et les modèles de service pour faire face aux exigences de l'accessibilité culturelle? 3) Les professionnels devraient-ils tenter de réduire les facteurs anxiogènes dans les communautés (perspectives d'écologie humaine et sociale) qui peuvent précipiter les modèles de décompensation? 4) Quel est le rôle des professionnels dans la prévention secondaire de troubles émotifs de moindre importance mais qui constituent quand même des problèmes chez les individus d'une communauté? 5) Qu'est-ce qui différencie les dimensions ethnoculturelles des aspects socio-économiques comme le statut de minoritaire dans une société, la pauvreté, la discrimination et le racisme, le statut de réfugié ou de revendicateur de statut, les effets du processus migratoire et l'impact de la perte et de changements culturels sur les désordres fonctionnels et émotifs? (Lefley et Bestman, 1991, 475). Ces auteurs parlent de services sensibles aux réalités culturelles (*culturally sensitive services*) ou tout simplement des *services en milieu pluriethnique*, ce qui soulève l'éternelle question de l'adéquation entre les services curatifs et préventifs, et les situations vécues par les gens de diverses origines. Rogler et al. (1987) ont tenté de répondre à cette question par une analyse de la littérature sur les services aux Hispanophones aux États-Unis couvrant une période de 20 ans. Ils en ont dégagé trois lignes de fond: premièrement, il est important d'améliorer les services traditionnels en travaillant au niveau des valeurs des professionnels afin qu'ils saisissent mieux celles des gens avec lesquels ils sont appelés à intervenir. Deuxièmement, il faut développer des modèles d'intervention adaptés, notamment des modèles d'intervention de réseau, d'intervention structurelle, afin de valoriser le rôle de la famille et de la communauté. Troisièmement, il faut prendre des éléments de la culture des autres pour l'intégrer dans les modèles plus traditionnels et les enrichir.

Au-delà des aspects culturels, après une expérience d'une quinzaine d'années de coopération entre l'école de médecine de Miami et le CMHC, Lefley et Bestman en sont arrivées à la conclusion que des programmes de prévention primaire sont particulièrement importants parce que la pauvreté et le racisme constituent des enjeux majeurs pour l'intervention; ces deux réalités affectent l'état de la santé physique et mentale (Lefley, 1990). La prévention secondaire doit être constante auprès des groupes à risques comme les réfugiés, les enfants en difficulté, les personnes sans-abris, les victimes d'abus de tous ordres, etc. Elles proposent aussi une prévention tertiaire auprès des personnes qui vivent des situations difficiles et ont besoin d'autres services communautaires.

La prévention auprès des réfugiés prend une importance première étant donné qu'ils constituent une population à risques, puisqu'ils ont vécu dans leur pays d'origine ou dans des camps pour réfugiés — et vivent souvent durant leur période d'établissement dans le pays d'accueil — des situations intenses de stress émotif et physique. Deuxièmement, le choc avec un nouvel environnement risque d'être plus difficile pour ces gens. Troisièmement, ils doivent faire face à des changements sociaux rapides, par exemple, s'adapter à de nouveaux types d'emploi (Williams, 1987, 1989; Dohrenwend, 1978; Lin, 1986; Bloom, 1979 et 1982; Westtermeyer, 1986). Leur expérience et leur comportement transcendent la diversité superficielle des groupes distincts par leur culture et les circonstances historiques particulières qui les amènent à demander l'asile dans un pays (Williams, 1987, 1989; Ratnavale, 1983; Stein, 1981 a et b, 1986; Westtermeyer, 1986). Le processus d'intégration des réfugiés diffère de celui des immigrants dans le vécu pré-migratoire et dans le processus migratoire lui-même.

Williams souligne que les programmes de prévention avec les réfugiés sont très peu développés (1989, 168). Le modèle de prévention classique qui vise à agir sur les causes de chaque maladie, souvent isolée des facteurs autres que biologiques (comme les facteurs sociaux), reste le principal outil utilisé; pensons, par exemple, à la tuberculose, au choléra, à la carie dentaire. Vis-à-vis la situation particulière des réfugiés, Bloom suggère une alternative au modèle traditionnel, particulièrement en ce qui concerne la maladie mentale. Le modèle proposé est présenté en trois points: 1) Identifier un ensemble d'événements anxiogènes dans la vie du réfugié qui entraînent des conséquences désagréables pour lui, et développer des procédures afin d'identifier des individus qui ont traversé ou traversent de tels événements. 2) Par des méthodes épidémiologiques traditionnelles et des laboratoires, étudier les conséquences de ces événements et développer des hypothèses d'intervention afin de soutenir un individu dans ses efforts pour en arriver à réduire ou éliminer les effets négatifs de ses expériences traumatisantes. 3) Monter et évaluer des programmes d'intervention expérimentale préventive fondés sur les hypothèses précédentes (Bloom, 1982, 385).

Les efforts de prévention devraient diminuer les facteurs organiques de stress, ou renforcer les habiletés de réaction de la personne, l'estime de soi et le soutien d'un groupe. Ce modèle riche permet de recouper plusieurs dimensions d'une situation et travailler avec de multiples facteurs de causalité. Albee (1982), Swift (1987) et

Williams (1989) estiment que ce modèle devrait recevoir une écoute attentive de la part des législateurs, des dirigeants communautaires et de tous les intervenants.

Dans un programme de prévention auprès de réfugiés, une stratégie essentielle se dégage, soit l'information sur leurs besoins spécifiques. Étant donné que plusieurs types de ressources sont impliqués dans tout le processus d'établissement des réfugiés, depuis la sélection dans les camps ou les postes d'accueil jusqu'à la mise en place de services, il est impérieux que toutes les connaissances sur les diverses catégories de réfugiés circulent rapidement dans tout ce réseau, démarche plus facile à énoncer qu'à réaliser. Et que des renseignements exhaustifs soient rapidement disponibles sur le vécu pré-migratoire des réfugiés (particulièrement les catégories à risques comme les enfants, les personnes âgées et les femmes seules avec enfants) en ce qui a trait à des comportements, aux caractéristiques de la dépression, aux formes de somatisation et autres difficultés.

Divers niveaux de préoccupation: famille, vie professionnelle, barrières culturelles

De son côté, Ratnavale (1983) décrit les principaux problèmes vécus par les réfugiés: sentiments d'être dépassés par les événements, déséquilibre dû au déracinement, dépression, pensées suicidaires, attaques d'anxiété, insomnies, pertes d'appétit, obsessions, etc. Ces difficultés surgissent surtout autour de trois pôles centraux: les facteurs familiaux, les préoccupations professionnelles et les barrières culturelles (Ben-Porath, 1987; Williams, 1989).

Les facteurs familiaux sont significatifs parce que la famille représente le lien le plus étroit de l'individu avec son entourage immédiat; et le projet d'amélioration de la situation familiale au plan social et économique constitue une motivation profonde pour tous ses membres. Si le projet ne se réalise pas, c'est la catastrophe. Les facteurs de stress dans la famille sont importants lorsqu'il y a séparation ou éclatement de la famille, lorsqu'un ou quelques membres s'intègrent plus rapidement que les autres à un nouvel environnement ou que les conditions socio-économiques restent précaires; ceux qui éprouvent plus de difficultés se comparent aux autres membres et vivent une anxiété plus aiguë.

Dans tous les cas, les écoles et les organismes communautaires devraient jouer un rôle-clé dans le processus d'intégration. Ces deux réseaux devraient en arriver à établir des liens entre eux d'abord et

généraliser des programmes d'intervention avec les jeunes et leurs parents. Plusieurs chercheurs arrivent à la conclusion qu'un tel type d'intervention permettrait aux parents d'entrer beaucoup plus rapidement en contact avec le courant socio-culturel dominant dans lequel évoluent leurs enfants (Williams, 1989; Bliatout, *et al.*, 1985; Vinh, 1981). Les organismes et les professionnels doivent être sensibles à des situations dramatiques, surtout les séparations causées par la violence et la mort de membres de la famille. Il semble important de travailler les questions du deuil et de garantir que les familles peuvent le vivre de façon adéquate, par exemple en facilitant des cérémonies appropriées conformes à leurs croyances, à leurs valeurs et à leurs coutumes. On doit éviter de ne valoriser la famille qu'en fonction de son passé, car il faut qu'elle apprenne rapidement à se situer, selon sa composition actuelle, dans le contexte de la société d'accueil.

Le deuxième niveau de préoccupation est relié à toutes les situations professionnelles. Le cas le plus connu est la déqualification professionnelle causée par la difficulté à trouver un emploi conforme aux compétences d'un individu ou par un emploi sous-payé en raison des difficultés linguistiques; le peu d'adaptation à des technologies différentes et le peu de familiarité avec les relations de travail telles que vécues dans la nouvelle société; le racisme et la discrimination sur les lieux de travail; les difficultés linguistiques au travail, etc. (Stein, 1986; Ben-Porath, 1987). D'excellents cours de langue constituent sans doute le meilleur outil de prévention des difficultés découlant du stress professionnel ou d'autres facteurs.

Les barrières culturelles, phénomène largement étudié, formeraient le troisième facteur de stress. Plusieurs difficultés surgissent à cause des préjugés, de la discrimination et du racisme dont sont victimes plusieurs réfugiés (Baker, 1989; Marsella et Pedersen, 1981; Pedersen, 1983; Seelye, 1985; Singer, 1987). Dans certains cas, les différences de classes contribuent à aggraver les difficultés au niveau culturel. Pour contrer les effets des barrières culturelles, Lefley (1982) et Williams (1989) suggèrent de fournir une formation spéciale aux éducateurs, au personnel des services sociaux et de santé, et de faciliter l'embauche d'animateurs communautaires de diverses origines dans les institutions dispensatrices de services; de cette manière, jeunes et parents trouveraient des réponses adaptées à leur processus d'intégration. Williams cite l'exemple de l'utilisation d'un film sur la guerre du Vietnam avec des intervenants qui travaillaient avec des réfugiés vietnamiens et les réfugiés eux-mêmes pour créer une plateforme de discussion commune. Il semble qu'une telle expérience crée

des liens très forts puisque les participants réalisent où se situent exactement leurs différences de perception d'une même situation. Partant de là, diverses actions communes sont plus faciles à mettre en place. Dans un programme préventif, les intervenants de la société majoritaire peuvent travailler en étroite collaboration avec des groupes d'intervention formés de gens qui proviennent de minorités. Cette approche comporte plusieurs effets bénéfiques parce qu'elle permet des interventions curatives et préventives adéquates et réduit les risques d'incompréhension et de discrimination. Étant donné que la plupart des intervenants sont issus de la classe moyenne et vivent dans un milieu majoritaire où les communications verbales sont valorisées, la tendance dominante est d'attendre une expression verbale et émotive de la part des réfugiés, ce qui n'est pas nécessairement le cas (Baker, 1989, 3). Devant de telles barrières, il faut donc chercher de nouveaux modes de communication, tant dans les modèles d'intervention curative que préventive.

En somme, comme on peut le constater, il n'y a pas de recettes magiques mais de multiples pistes d'intervention et de recherche susceptibles d'enrichir les pratiques en intervention et en prévention. Le champ spécifique de l'intervention avec les réfugiés n'étant quand même pas très développé au Québec et au Canada, il est impérieux que professionnels et planificateurs lui accordent une attention particulière. Depuis la Deuxième guerre mondiale, des centaines de milliers de réfugiés ont vécu les mêmes démarches et le même processus d'intégration et nous sommes encore à nous demander s'il faut développer des programmes particuliers. C'est évident. Un processus est déjà amorcé dans plusieurs milieux mais le questionnement reste encore à faire dans la plupart des institutions et chez grand nombre de professionnels.

RÉFÉRENCES

- ALBEE, G. W., 1982, Preventing Psychopathology and Promoting Human Potential, *American Psychologist*, n° 37, 1043-1050.
- BAKER, K. G., 1989, *A Workshop Model for Exploring One's Own Cultural Identity, Crossing Cultures in Mental Health*, in Jukoslow, Diane R., Sale, H., Elizabeth and Pathy eds., Washington, DC, SIETAR.
- BARNA, L.M., 1983, The Stress Factor in Intercultural Relations, in D. Landis and R.W. Brislin eds. *Handbook of Intercultural Training, Volume 11, Issues in Training Methodology*, New York, Pergamon Press, 19-49.

- BARR, Alan, 1980, Community Development and Minorities: Problems and Feasible Strategies, *Community Development Journal*, 15, n° 3, 179-189.
- BEN-PORATH, Y. S., 1987, *Issues in the Psycho-social Adjustment of Refugees*, (Contract No. 278-85-0024 ch), Rockville, MD, National Institute of Mental Health.
- BERTOT, J., Jacob, A., 1991, *Intervenir avec les immigrants et les réfugiés*, Montréal, Méridien.
- BIBEAU, Gilles et al., 1992, *La santé mentale et ses visages: un Québec pluriethnique au quotidien*, Gaëtan Morin Éditeur, Montréal.
- BLIATOUT, B.T., BEN, R., DO, V. T., KEOPRASEATH, K. O., BLIATOUT, H. Y., TSANH-TSING LEE, L. D., 1985, Mental Health and Prevention Activities Targeted to Southeast Asian Refugees, in *Southeast Asian Mental Health: Treatment, Prevention, Training and Research*, T.C. Owan ed., DC, US Government Printing Office, Washington.
- BLOOM, B. L., 1982, Épilogue, in S.M. Manson ed, *New Directions in Prevention Among American Indian and Alaska Native Communities*, Portland, OR, Oregon Health Sciences University, Oregon, 377-394, Portland.
- BLOOM, B. L., 1982, Prevention of Mental Disorders: Recent Advances in Theory and Practice, *Community Mental Health Journal*, 15, 179-191.
- CANADA, 1986, *Achieving Health for all: a Framework for Health Promotion*, Position paper produced for the Department of Health.
- CHURCH, A.T., 1982, *Sojourner Adjustment*, *Psychological Bulletin*, 91.
- COHEN-ÉMÉRIQUE, Margalit, 1984, Choc culturel et relations interculturelles dans la pratique des travailleurs sociaux, *Cahier de sociologie*.
- COHEN, R. E., 1985, Roles and Functions of Mental Health Professionnals in Refugee Camps, *Coping with Adolescent Refugees*, *The Mariel Boat Lift*, J. Szia pocznik, in R. E. Cohen and R. E. Hernandez eds., Praeger Publications, 100-124, New York.
- DOHRENWEND, B. S., DOHRENWEND, B. P., 1978, Some Issues in Research on Stressful Life Events, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 7-15.
- GAILLY, Antoine, 1991, Problèmes liés au contexte multiculturel de la relation soignant-soigné, in Leman, Johan et Gailly, Antoine eds. *Thérapies interculturelles*, Éditions Universitaires, Université De Boeck, Bruxelles, 97-115.

- GREEN, T. W., 1982, *Cultural Awareness in the Human Services*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- KELLER, S.E., WEISS, J. M., SCHLEIFE, S. J., MILLER, N. E., STEIN M., 1981, September, Suppression of Immunity by Stress: Effects of a Graded Series of Stressors on Lymphocyte Stimulation in the Rat, *Science*, 213, 1397-1399.
- KONZ, E. F., 1981, Exile, Resettlement and Refugee Theory, *International Migration Review*, 15, 42-51.
- LEE GROVE, Cornelius and Torbiørn, Ingemar, 1985, A New Conceptualization of Intercultural Adjustment and the Goals of Training, *International Journal of Intercultural Relations*, 9, 205-233.
- LEFLEY, Harriet, BESTMAN, Evalina, 1991, December, Public-academic Linkages for Culturally Sensitive Community Mental Health, *Community Mental Health Journal*, 27, 6, 473-488.
- LEFLEY, H. P., 1990, Culture and Chronic Mental Illness, *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 277-286.
- LEFLEY, H. P., 1982, *Self-perception and Primary Prevention for American Indians, New Directions in Prevention among American Indian and Alaska Native Communities*, S. M. Manson ed., Oregon Health Sciences University, Portland, 65-89.
- LIN K. M., 1986, Psychopathology and Social Disruption in Refugees, in *Refugee Mental Health in Resettlement Countries*, Williams C.L., and Westermeyer eds., Hemisphere Publishing Corporation, Washington, 61-73.
- LUM, R. G., 1985, *A Community-based Mental Health Service to Southeast Asian Refugees, Southeast Asian Mental Health: Treatment, Prevention, Services, Training, and Research*, T. C. Owan ed., Government Printing Office, Washington.
- MARSELLA, A. J., PEDERSEN, P. B. eds., 1981, *Cross-cultural Counseling and Psychotherapy*, Pergamon Press, New York.
- MASI, Ralph, 1988, Multiculturalism, Medicine and Health: Part 1, Multicultural Health Care, *Canadian Family Physician*, 34, 2173-2177.
- MASI, Ralph, 1988, Multiculturalism, Medicine and Health. Part 11: Health-Related Beliefs, *Canadian Family Physician*, 34, November, 2429-2434.
- MAY, T., 1981, The Vermont Experience: Planned Clusters in Snow Country, *Journal of Refugee Resettlement*, 1, 31-35.

- OWAN, T. C., 1985, *Southeast Asian Mental Health: Transition from Treatment Services to Prevention — A New direction, Southeast Asian Mental Health: Treatment, Prevention, Services, Training and Research*, T. C. Owan ed., US Government Printing Office, Washington, 141-167.
- PADILLA, A.M., Ruiz, R.A., Alvarez, R., 1975, Community Mental Health Services for the Spanish-speaking/surnamed Population, *American Psychologist*, 30, 892-905.
- PEDERSEN, P., 1983, Intercultural Training of Mental Health Providers, *Handbook of Intercultural Training*, in D. Candis and R. W. Brislin eds., Pergamon Press, New York.
- RAHE, R. H., LOONEY, J. G., WARD, H. W., TUNG, T. M., LIU, W.T., 1978, Psychiatric Consultation in a Vietnamese Refugee Camp, *American Journal of Psychiatry*, 135, 185-190.
- RATNAVALE, D. N., 1983, The Mental Health Needs of Refugees and other Victims of Disasters, *The American Journal of Social Psychiatry*, 3, 39-46.
- ROGLER, L.H., MALGADY, R.G., CASTANTINO, G., BLUMEN THAL, R., 1987, What Do Culturally Sensitive Mental Health Services Means? The Case of Hispanics, *American Psychologist*, 42, 565-570.
- ROY, Ghislaine, 1991a, Incompréhensions interculturelles et ajustements de pratiques chez les travailleurs sociaux, *Revue canadienne de service social*, 8, 2.
- ROY, Ghislaine, 1991b, *Pratiques interculturelles sous l'angle de la modernité*, CSSMM, Montréal.
- SEELYE, N., 1985, *Teaching Culture: Strategies for Intercultural Communication*, National Textbook Company, Lincolnwood, Illinois.
- SINGER, M. R., 1987, *Intercultural Communication: A Perceptual Approach*, N. J., Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- STEIN, B. N., 1986, The Experience of Being a Refugee: Insights from the Research Literature, C. L. Williams and J. Westtermeyer eds, *Refugee Mental Health in Resettlement Countries*, Hemisphere Publishing Corporation, Washington, 5-23.
- STEIN, B. N., 1981a, Understanding the Refugee Experience: Foundations of a Better Resettlement System, *Journal of Refugee Resettlement*, 1, 62-71.
- STEIN, B. N., 1981b, The Refugee Experience: Defining the Parameters of a Field of Study, *International Migration Review*, 15, 320-330.
- SUE, S. 1988, Psychotherapeutic Services for Ethnic Minorities. *American Psychologist*, 43, 301-308.

- SUE, S., MORISHIMA, T. K., 1982, *The Mental Health of Asian-Americans*, Jossey-Bass, San Francisco.
- SWIFT, C., 1987, June, State and Mental Health Agencies, Workshop presented at the Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology, Burlington, Vermont.
- SZOSTAK, V., 1986, Health Care Programs and Ethnocultural Communities: Effective Approaches, *Multicultural Health Coalition Bulletin*, 11, 2.
- TYHURST, L., 1982, Coping with Refugees. A Canadian Experience: 1948-1981, *International Journal of Social Psychology*, 28, 105-109.
- VINH, H. T., 1981, Indochinese Mutual Assistance Associations, *Journal of Refugee Resettlement*, 1, 49-52.
- WESTERMYER, T., 1986, Migration and Psychopathology, in C. L. Williams and J. Westtermeyer eds, *Refugee Mental Health in Resettlement Countries*, Hemisphere Publishing Corporation, New York, 25-29.
- WILLIAMS, C. L., 1989, Prevention Programs for Refugees: An Interface for Mental Health and Public Health, *Journal of Primary Prevention*, 10, 2, 167-186.
- WILLIAMS, C. L., 1987, *An Annotated Bibliography on Refugee Mental Health*, US Government Printing Office, Washington.
- WOLKON, G.H., MORIWAKI, S., WILLIAMS, K. J., 1973, Race and Social Class as Factors in the Orientation Toward Psychotherapy, *Journal of Counselling Psychology*, 20, 312-316.
- WOLKON, G.H., MORIWAKI, S., MANDEL, D., ARCHULETA, J., BINJE P., ZIMMERMAN, S., 1974, Ethnicity and Social Class in the Delivery of Services, *American Journal of Public Health*, 64, 709-712.

ABSTRACT

The Integration Process of Refugees, a Major Explanatory Factor During Intervention

In light of scientific literature produced over the last ten years, it appears that health and social work professionals should, when dealing with people belonging to minority cultures, go beyond the purely interpersonal approach to problems. Rather, they should lend an ear to the different notions of life and society, and adjust their intervention patterns to the integration conditions of immigrants. The special situation of refugees requires a special approach based on the knowledge of their pre-migrant conditions, as well as on the establishment of closer ties between welcoming institutions and these migrant families.